



MEMORANDUM 2024



ALGEMENE UNIE
VAN VERPLEEGKUNDIGEN
VAN BELGIË vzw.

1. De tijd om kwaliteitszorg te leveren met de juiste professional op de juiste plaats
2. Meer zeggenschap in het beleid en op de werkvloer
3. Sterke, uniforme opleiding en stimulans van levenslange bijscholing
4. Aantrekkelijkheid van het beroep verhogen
5. Deontologie en ethiek



Vijf structurele pijnpunten en hun mogelijke oplossingen

Wie zorgt voor onze zorgverleners? Tijdens de Covid-pandemie hebben we ervaren hoe essentieel verpleegkundige zorg is voor onze samenleving. Verpleegkundigen draaiden overuren in de frontlinie en vochten voor de gezondheid van ons allemaal. Maandenlang applaudisseerden we elke avond voor onze helden. Maar toen het applaus wegstierf, bleef er weinig politiek engagement over om hen écht te bedanken en te geven wat zij verdienen: structurele ondersteuning van deze essentiële sector.

De Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB) neemt de verdediging van de verpleegkundigen op zich. In dit memorandum lichten we vijf prioriteiten toe voor de komende jaren. Vijf structurele pijnpunten en hun mogelijke oplossingen. We laten hierbij de verpleegkundigen zelf aan het woord. Onze zorgverleners hebben ook zorg nodig: zij kampen met mentale en fysieke problemen omwille van de problemen die hun sector treft. De verpleegkundigen getuigen over hun dagelijkse ervaring en over wat zij écht nodig hebben van de beleidsmakers vanaf 2024.

AUVB

De AUVB is een pluralistische onafhankelijke vereniging met als missie verpleegkunde en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te ontwikkelen en te ondersteunen. De unie is sinds 1952 een referentie en proactieve medespeler in de verpleegkunde- en de gezondheidssector. Onder meer vervult de unie een belangrijke rol als essentiële gesprekspartner inzake het politieke beleid met betrekking tot verpleegkunde.





1

**DE TIJD OM KWALITEITSZORG TE LEVEREN
MET DE JUISTE PROFESSIONAL
OP DE JUISTE PLAATS**

Verpleegkundigen redden levens. Dat wisten we, maar blijkt nu ook uit een studie van RN-4Cast: de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen aan het bed van een patiënt vermindert de mortaliteit. In ons land moet een verpleegkundige echter zorg verlenen aan gemiddeld 11 zorgvragers. Ter vergelijking: het Europese gemiddelde ligt op 8 bedden per verpleegkundige. **Een lagere verpleegkundige-patiëntratio is dan ook een belangrijk streefdoel** voor AUVB, en dat in alle zorgsectoren en 24 uur per dag. Zoals ook onderzocht en geadviseerd door het KCE.

Daarnaast is van tel wat de taken van de verpleegkundigen zijn: Staan ze in voor de zorg voor de patiënt of komen er nog allerlei logistieke en administratieve taken bovenop? Verpleegkundigen verliezen nu heel wat tijd met het invullen van documenten, uitdelen van maaltijden of ophalen van medisch materiaal. Hier geldt: de juiste professional op de juiste plaats. Verpleegkundigen moeten zich met hun kerntaak kunnen bezighouden: contact met en verpleegkundige zorg van de patiënt. **Administratieve of logistieke taken moeten toegewezen worden aan medewerkers met het juiste profiel** (zorgkundigen, logistiek assistenten, technici,...).

Ten derde is van belang wie deze verpleegkundigen zijn: welke opleiding, ervaring en eventuele specialisatie hebben zij genoten? Steeds vaker moeten diensten zich tevreden stellen met beginnende verpleegkundigen. Terwijl ervaren en gespecialiseerde verpleegkundigen net efficiënter, sneller en vakkundiger zorg verstrekken. **Verpleegkundigen motiveren en (financieel) waarderen om zich te specialiseren is dus essentieel**. Er is hiertoe ook een aanpassing nodig van de achterhaalde nomenclatuur voor de thuisverpleging, en dit aan de werkelijke kostprijs. Door het niet consequent vergoeden van opleiding, bijkomende specialisatie en de stijgende onkosten wordt het financieel steeds minder interessant om een job als verpleegkundige uit te oefenen.

Deze drie structurele pijnpunten (te hoge patiënt-verpleegkundige ratio, te veel bijkomende taken en financiële onderwaardering) leiden tot een prangend tijdsgebrek, te hoge werkdruk en een verlaagde zorgkwaliteit. Oplossingen zijn mogelijk door de normen voor verpleegkundige financiering en bezetting grondig te herzien.

CONCREET ZIET DE AUVB-UGIB-AKVB VOLGENDE OPLOSSINGEN:

- 1.** Verpleegkundige bezetting die voldoet aan de noden van het werkveld.
Zowel voor de dag- als nachtdienst, in alle sectoren intra en extra muros met inbegrip van thuiszorg, hospitalisatie en woonzorgcentra.
- 2.** Het verhogen van de logistieke ondersteuning en het uitbreiden van hun werkschema. Verpleegkundigen moeten hun handen vrij krijgen voor hun kerntaken. Hiertoe heeft elke verpleegkundige een bijkomende ondersteuning nodig van 0.2 fte (administratief of logistiek). Deze ondersteuningsfunctie dient eveneens opgenomen te worden in de normen in alle diensten.
- 3.** Een verlaging van de verpleegkundige-patiënt ratio naar het Europese gemiddelde van 8 patiënten per verpleegkundige. De zorgtijd voor de patiënt is omgekeerd evenredig aan het aantal patiënten dat een verpleegkundige onder diens hoede heeft.

4. De financiële waardering van ervaring, opleiding en specialisatie van de verpleegkundige, ongeacht het niveau waarop ze besloten worden door de bevoegde overheid (federaal, communautair of gewestelijk). Wie kwalitatieve, efficiënte zorg wil bieden, moet de juiste mensen op de juiste plaats aantrekken en ervaring en specialisatie dus ook (financieel) waarderen.
5. Een aanpassing van de nomenclatuur voor verpleegkundige zorgen aan de werkelijke kostprijs. Hierbij moet rekening gehouden worden met nieuwe technologieën en verpleegkundige handelingen. Dit met bijzondere aandacht voor de nomenclatuur voor thuisverpleging.
Preventief toezicht door een verpleegkundige en innovatieve handelingen worden financieel niet beloond. De achterhaalde nomenclatuur is een teken aan de wand voor het gebrek aan erkenning voor de opdrachten van verpleegkundigen.
6. De systematische uitlichting van de hoofdverpleegkundige uit de bezettingsnorm, zodat deze de tijd krijgt voor diens managementopdrachten en er ook een plaats vrijkomt voor een extra verpleegkundige.

Er is bijzondere aandacht nodig voor de woonzorgcentra, wat betreft normering. Woonzorgcentra zijn al lang geen huisvestigingsplaatsen voor ouderen meer. Steeds vaker worden er mensen met complexe medische aandoeningen opgenomen, die gespecialiseerde zorg vereisen. Al in het memorandum van 2019 pleitte de AUVB daarom voor een **betere coördinatie van verpleegkundige activiteiten in de woonzorgcentra**. Deze aanbevelingen werden echter niet opgevolgd. En toen kwam de COVID-19-pandemie. Deze crisis heeft de structurele problemen in de woonzorgcentra enkel vergroot. Uit de studie 'Normen en zorgkwaliteit in de woonzorgcentra', mee ondersteund door de AUVB, komen een aantal mogelijke oplossingen naar voren, waaronder het gebruik van kwaliteitsindicatoren zowel voor de zorgkwaliteit als voor de personeelsbezetting.

CONCREET ZIET AUVB-UGIB-AKVB VOLGENDE OPLOSSINGEN:

1. De invoering van de functie 'coördinator residentiële zorgen' in de woonzorgcentra, uitgeoefend door een verpleegkundige met een erkenning van het verpleegkundig leiderschap.
2. Voldoende verpleegkundigen in de normering voor woonzorgcentra, met oog voor de diverse competenties en specialisaties (waaronder geriatrie, palliatieve zorgen, zorg bij het levenseinde, referentiepersoon oudermishandeling, referentieverpleegkundige dementie, specialist wondzorg, ziekenhuishygiënist, gespecialiseerde verpleegkundigen continentie/incontinentie, referentieverpleegkundige kwaliteit,...).
3. De invoering van regionale referentiewoonzorgcentra voor specifieke pathologieën, zoals dementie.

4. Een uitgebreid plan voor digitalisering in woonzorgcentra (thuisverpleegkunde en ziekenhuizen).
5. Algemeen: een model van geïntegreerde zorg in de eerstelijnszones, over de lijnen heen (met onder meer de ziekenhuizen en de woonzorgcentra).
6. Sterkere uitbouw van herstelcentra als tussenstap tussen een verblijf in het ziekenhuis en de terugkeer naar de thuissituatie.

CONCLUSIE

DRIE STRUCTURELE PIJNPUNTEN:

- te hoge verpleegkundige-patiënt ratio
 - te veel bijkomende taken (administratief/logistiek)
 - financiële onderwaardering van opleiding, ervaring, specialisatie
- >> leiden tot een prangend tijdsgebrek, te hoge werkdruk, verlaagde zorgkwaliteit en mentaal en fysieke overbelasting van verpleegkundigen. Dit zorgt voor een vicieuze cirkel waarin steeds meer verpleegkundigen stoppen en er minder instroom is, wat de problemen nog vergroot.

Oplossingen zijn mogelijk door de verpleegkundige financiering- en bezettingsnormen grondig te herzien. Hierin is ook bijzondere aandacht nodig voor de woonzorgcentra, waar steeds meer complexe medische zorgen gegeven dienen te worden.

- >> Er is tijd nodig om kwaliteitszorg te kunnen bieden met de juiste professional op de juiste plaats.



2

**MEER ZEGGENSCHAP IN HET BELEID
EN OP DE WERKVLOER**

Verpleegkundig leiderschap. Het is een strategisch doel en wereldwijde beleidsprioriteit van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor de periode 2021-2025. De WHO wil onder meer het aandeel en het gezag van verpleegkundigen in leidinggevende functies in de gezondheidszorg en in het onderwijs verhogen. Op die manier kunnen volgende generaties verpleegkundige leiders worden klaargestoomd. Ook in ons land moet ingezet worden op het gezag, vertegenwoordiging en autonomie van verpleegkundigen. Zowel beleidsmatig als op de werkvloer. Het is de grootste groep beroepsbeoefenaars van de gezondheidszorg, en toch zijn verpleegkundigen momenteel nauwelijks betrokken bij het uitstippelen van het beleid dat hun werk aangaat. Zo worden bijvoorbeeld de RIZIV-conventies onderhandeld tussen gespecialiseerde artsen, maar ook economen en andere professionals die niet tot de gezondheidssector behoren. Hoewel de huidige RIZIV-conventies ook normen over de wettelijke uitoefening en juridische verantwoordelijkheid in de verpleegkundige zorg bevatten. Verpleegkundigen verdienen een sterkere **vertegenwoordiging in alle relevante organen die een rol spelen bij ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van beleid** dat verpleegkunde aangaat. Ook het ontwikkelen van **verpleeggraden en verpleegkundig management** kan bijdragen aan meer verpleegkundig zeggenschap en leiderschap.

CONCREET ZIET DE AUVB DE VOLGENDE OPLOSSINGEN OP VLAK VAN ZEGGENSCHAP IN BELEID:

1. De verplichte, evenredige en rechtvaardige betrokkenheid en integratie van het beroep van verpleegkundige bij de beslissingen en de toepassing ervan die het beroep van verpleegkundige aangaan.
2. Een evenwichtige en voldoende vertegenwoordiging van verpleegkundigen in:
 - alle raden en commissies georganiseerd door de federale overheid;
 - alle raden en commissies georganiseerd door de gewestelijke overheden, ook deze die opgezet zijn na de zesde staatshervorming;
 - de verschillende raden en commissies bij het RIZIV;
 - op Europees niveau;
 - op ministeriële kabinetten.
3. Lokale verpleegkundige raden oprichten, met als doel en opdracht de kwaliteit van de zorg te verbeteren en te ondersteunen. Een verpleegraad moet een onafhankelijk statuut hebben, zodat verpleegkundigen er ook terecht kunnen voor het melden van ongewenste voorvallen.
4. Een ‘functie netwerkhoofdverpleegkundige’ instellen bij de creatie van klinische ziekenhuisnetwerken. De locoregionale verpleegkundige raad voor klinische ziekenhuisnetwerken en de netwerkhoofdverpleegkundige moeten dezelfde voorrechten krijgen als de medische raad van dit netwerk en de netwerkhoofddarts. De verpleegkundigen moeten geïntegreerd worden in alle niveaus van de hiërarchische lijn (ook als het om beslissingen gaat).
5. De verpleegkundigen moeten betrokken worden bij de uitwerking van de RIZIV-conventies en het recht krijgen op deelname en een stem in de verdeling van de financiële enveloppes die door de verpleegkundigen gegenereerd wordt. Het verpleegkundige werk is niet beperkt tot verpleegkundige handelingen en gedelegeerde handelingen. Verpleegkundig werk is niet louter (be)handelen, maar vereist een klinische reflexiviteit en specifieke verantwoordelijk-

heden. Ook hiermee moet rekening gehouden worden en de financiële middelen die ervoor voorzien moeten worden.

6. Integratie van een verpleegkundige vertegenwoordiging in alle niveaus van de 'eerstelijnsnetwerken'.
7. Verpleegkundigen aanzetten of verplichten om zich lid te maken van beroepsorganisaties voor verpleegkundigen.
8. De vertegenwoordiging van verpleegkundigen door de organen die hiertoe gefinancierd worden (zoals de AUVB-UGIB-AKVB).
9. Wat de wetgeving betreft: Elke nieuwe wet of nieuw decreet met betrekking tot het beroep van verpleegkundige moet het advies hebben van hetzij de Technische Commissie voor de Verpleegkunde (TCV), hetzij de Federale Raad voor de Verpleegkunde (FRV) en/of de Algemene Unie van Verpleegkundigen België (AUVB). Het verpleegkundig beroep moet vertegenwoordigd zijn door de AUVB in elk officieel orgaan en werkgroep met verpleegkundigen en/of zorgkundigen, zowel federaal als regionaal. Op korte termijn moet de verdeling van de leden in adviesorganen zoals FRV en TCV herzien worden, met een sterkere vertegenwoordiging van het verpleegkundig beroep. Ook het werkings- en besluitvormingsproces moet worden herzien. Adviezen op vraag van ministers moeten een dwingend karakter krijgen en beter opgevolgd worden. Ten slotte moet de werking van de adviesorganen verzekerd blijven. De hernieuwde samenstelling en benoeming van leden mag niet op de helling komen na een regeringswissel.

Het ontbreken van de verpleegkundige stem is niet enkel merkbaar op beleidsniveau, maar ook op de werkvloer. Verpleegkundigen verwerven tijdens hun opleiding en door ervaring belangrijke competenties die hen een grote mate van (klinische) autonomie verlenen. Die blijft echter vaak onderbenut. Als verpleegkundigen hun competenties wel mogen inzetten, krijgen zij hier geen erkenning voor. Dit toont zich bijvoorbeeld in het kader van diagnostiek: verpleegkundigen mogen hun patiënt diagnosticeren en een behandeling bepalen, maar mogen pas effectief behandelen na officiële toestemming van de arts. De invoering van een verpleegkundig consult, diagnose en voorschrift zou hierin een belangrijke stap voorwaarts zijn. Dit geeft verpleegkundigen niet enkel autonomie en erkenning, maar maakt de zorgverlening voor alle betrokkenen efficiënter. Een andere belangrijke stap is het inbedden van verpleegkundige competenties in een duidelijk juridisch kader, gekoppeld aan een financiële vergoeding. Dit naar het voorbeeld van accreditering van artsen. Deze vergoeding moet in verhouding staan tot opleidingsniveau, ervaring, verantwoordelijkheden en anciënniteit.

CONCREET ZIET DE AUVB DE VOLGENDE OPLOSSINGEN OP VLAK VAN ZEGGENSCHAP OP DE WERKVLOER:

1. Volg de adviezen van de werkgroep 'basisopleiding'

Verpleegkundigen hebben functieprofielen, competenties en verantwoordelijkheden gelinkt aan het opleidingsniveau (CEC-opleidingsniveau 4, 5, 6, 7). De adviezen van de werkgroep

‘basisopleiding’ van de Taskforce (2021) in overeenstemming met het functiemodel van de verpleegkundige zorgen van de toekomst (advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde) moeten gevolgd worden.

2. Erken de competenties van verpleegkundigen

Beschrijf en erken de competenties van verpleegkundigen, met inbegrip van de klinische reflectie, verpleegkundige diagnose, opsporing, raadpleging en het verpleegkundig voorschrift. Breidt de competenties van de Verpleegkundige Verantwoordelijk voor Algemene Zorgen (VAZ) uit door het opnemen van het verpleegkundig voorschrift (ook voor vaccinatie), van het verpleegkundig consult in de eigen dienst en/of daarbuiten (afhankelijk van het functieprofiel) en dit zowel in als buiten het ziekenhuis. Ook moet er meer aandacht zijn voor preventie in de gezondheidszorg, waar verpleegkundigen een prominente rol kunnen spelen. Competenties moeten worden opgewaardeerd door een erkenning van de functie en in een duidelijk juridisch kader worden ingebed. Hieraan moet een financiële vergoeding gekoppeld worden, naar het voorbeeld van de accreditering van artsen. De vergoeding van verpleegkundigen moet in verhouding staan tot hun opleidingsniveau (specialisaties, permanente opleiding), ervaring, verantwoordelijkheden en anciënniteit in alle sectoren.

3. Verpleegkundig en klinisch leiderschap

Verpleegkundigen moeten de ruimte krijgen om hun verpleegkundig/klinisch leiderschap ten volle uit te oefenen. Omdat leiderschap vandaag grotendeels in teamverband plaatsvindt, moeten verpleegkundigen de mogelijkheden hebben om hun kennis met collega's (inclusief verzorgenden) te delen. Ook de ontwikkeling van leiderschapsvaardigheden van managers (hoofdverpleegkundige/ afdelingshoofd) is een garantie voor het versterken van de aantrekkelijkheid.

4. Een eerlijke en naar behoren gefinancierde functiedifferentiatie

Het opleidingsniveau en de specialisatie hebben een impact op de kwaliteit van de zorg. Dit moet erkend en gewaardeerd worden via de functiedifferentiatie.

CONCLUSIE

VERPLEEGKUNDIG LEIDERSCHAP, ZEGGENSCHAP EN AUTONOMIE MOET VERHOOGD WORDEN:

>> In beleid:

- systematische inclusie van verpleegkundigen in besluitvormingsorganen
- verpleeggraden en verpleegkundig management
- lidmaatschap van beroepsorganisaties
- ...

>> Op de werkvloer: erkenning van reflexiviteit en expertise:

- wettelijke erkenning van de verpleegkundige diagnose
- invoeren van het verpleegkundig voorschrift
- erkende en gefinancierde verpleegkundige consulten
- ...



3

**STERKE, UNIFORME OPLEIDING
EN STIMULANS VAN LEVENSLANGE
BIJSCHOLING**

Kwaliteitszorg bieden vraagt levenslange bijscholing. Een sterke basis in de opleiding verpleegkunde, de dagdagelijkse ervaring en daarnaast regelmatige bijscholingen om up-to-date te blijven. Maar er zijn verschillende pijnpunten: ten eerste de **versplintering van de opleiding**. Sinds januari 2016 is namelijk de Europese Richtlijn van kracht. In deze richtlijn staan tien competenties omschreven die een Europese verpleegkundige moet bezitten. De opleidingen die deze competenties niet halen, voldoen niet aan de Europese Richtlijn en deze verpleegkundigen zijn niet Euro-mobiel. België heeft deze Richtlijn omgezet in de Belgische wetgeving en dit heeft een invloed op de verpleegkundige opleiding. In België zijn er twee opleidingstrajecten om verpleegkundige te worden: het bachelor en het brevet. De bacheloropleiding is in 2016 in de drie gewesten verlengd van 3 jaar tot 4 jaar. Het brevet is in Wallonië verlengd van 3 jaar tot 3,5 jaar. In 2023 is in Vlaanderen en de Duitstalige Gemeenschap het graduaat (HBO5), dat 3 jaar duurt, omgevormd tot een nieuwe opleiding ‘basisverpleegkundige’. Met andere woorden: het éne diploma is het andere niet. Dit leidt tot verwarring en versplintering.

CONCREET ZIET DE AUVB DE VOLGENDE OPLOSSINGEN VOOR DUIDELIJKE OPLEIDINGSTRAJECTEN VOOR DE OPLEIDINGEN ZOR GKUNDE, BASISVERPLEEGKUNDE EN VERPLEEGKUNDE ALGEMENE ZORG.

1. De AUVB streeft naar één enkel opleidingstraject dat leidt tot een Euro-conforme bachelor verpleegkunde: verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. De opleidingen van basisverpleegkunde/assistent en soins infirmiers (vanaf sept 2024) zijn unieke HBO5 opleidingen. Andere HBO5/brevet zouden een afzonderlijke, niet-verpleegkundige en niet-Euro-conforme titel moeten zijn.
2. Duidelijke communicatie omtrent de aanpassingen binnen de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (‘WUG’) en de gevolgen ervan. De huidige zorgkundigen en elke persoon die een opleiding tot verpleegkundige heeft beëindigd of aangevat voor 18 januari 2016, mag de verpleegkunde blijven uitoefenen als hij in het bezit is van het desbetreffende diploma en bovendien beantwoordt aan de voorwaarden gesteld in artikel 25. Ze kunnen het verpleegkundig beroep uitoefenen en de verworven rechten en titels behouden¹⁴.
3. Inzake de aanpassingen van de WUG, wenst de AUVB hetvolgende te benadrukken:
 - a. Zorgkundigen staan (basis)verpleegkundigen bij in zorgverstrekkende, logistieke en gezondheidsopvoedende taken. In 2019 werden enkele nieuwe handelingen toegevoegd aan de lijst van handelingen die verpleegkundigen kunnen delegeren aan zorgkundigen. Deze aanpassingen dienen vertaald te worden binnen de toekomstige opleidingen en er dient gestreefd te worden naar een kwalitatieve versterking van de opleidingen die leiden tot zorgkundige.
 - b. De unieke HBO5-opleidingen van de basisverpleegkunde/assistent en soins infirmier dienen sterk kwalitatief uitgebouwd te worden met een adequate opleiding die leidt

tot de nieuwe titel, de nieuwe functie en met een passend barema (waarmee het kader van IFIC rekening houdt). De beroepskwalificaties dienen in de verschillende gemeenschappen uitgeschreven te worden en op elkaar afgestemd te worden.

- c. Bij een eventuele uitbreiding van de competenties, de lijst van handelingen, de verantwoordelijkheden en autonomie dienen telkenmale de nodige opleidingen voorzien te worden voor de VAZ-verpleegkundigen, de basisverpleegkundigen en de zorgkundigen.

Een tweede probleem situeert zich in **het gebrek aan ruimte tot bijscholing voor verpleegkundigen en (financiële) waardering van specialisaties**. De gezondheidszorg en de verpleegkunde evolueren razendsnel. Innovatieve technieken, nieuwe wetenschappelijke inzichten, digitalisering... Ze maken een permanente vorming en bijscholing voor verpleegkundigen noodzakelijk. De specialisaties van verpleegkundigen krijgen echter geen enkele (financiële) erkenning, en worden niet gestimuleerd met bijvoorbeeld educatief verlof. **Dit leidt tot een verlaging van expertise en de geleverde zorgkwaliteit**. Elke verpleegkundige dient de mogelijkheid te hebben zorg te verstrekken op basis van de op dat moment beschikbare onderbouwde informatie, om samen met de betrokkenen te kunnen beslissen over een optimale verzorging.

1. Een (verplichte) permanente vorming van 60 uur over 4 jaar, voor alle verpleegkundigen, gefinancierd door de overheid. Deze verplichting zal zorgen voor het voortbestaan van kwaliteitszorg door behoud en versterking van de kennis. (zie advies FRV) .
 - Verplicht maken voor elke nieuw afgestudeerde verpleegkundige.
 - Door de overheid laten financieren voor alle verpleegkundigen.
 - De verpleegkundigen in opleiding moeten op het terrein worden vervangen, zodat de patiënten en de teams niet in de problemen komen.
2. Uitbreiding van het systeem van betaald educatief verlof voor alle sectoren, overheidsdienst en privé.
3. De systematische vervanging op de werkplek van verpleegkundigen in opleiding om de veiligheid van de patiënten en de verpleegkundigen te verzekeren alsook de haalbaarheid van het werk in teamverband.
4. De financiële valorisatie (premie) van alle specialisaties in de verpleegkunde ongeacht de dienst waarop men tewerkgesteld is.
5. Een coherente en gestructureerde ondersteuning van het onderzoek in de verpleegkunde en de verspreiding ervan.
6. Stimuleren en ondersteunen van Evidence Based Practice (EBP) voor en in de verpleegkundige zorgen op basis van wetenschappelijke informatie en in overeenstemming met de huidige stand van de wetenschap in de gezondheidssector. Verpleegkundigen dienen de mogelijkheid te hebben nieuwe kennis te genereren dankzij onderzoek en dit te delen in opleidingen, publicaties en conferenties. Dit betekent dat EBP coherent en gestructureerd

doorgevoerd en verspreid dient te worden onder de verpleegkundigen. Om aan deze noodzaak te kunnen voldoen dienen budgetten beschikbaar te worden gesteld waarmee verpleegkundige richtlijnen kunnen worden aangekocht en dagdagelijks toepasbaar kunnen worden gemaakt voor alle verpleegkundigen, ongeacht hun plaats van tewerkstelling.

7. Opleidingsprogramma's die de evoluties op de werkvloer en in de maatschappij volgen (bv. een opleidingsmodule gezondheid op het werk).
8. Opleidingspremies voor de wettelijk vereiste permanente opleidingen, ook voor zelfstandige verpleegkundigen.
9. Een gepaste vergoeding voor de voortgezette opleiding in verhouding tot de inspanning en de verantwoordelijkheden (naar analogie met de vroegere BBT/BBK) en dat opleidingen (specialisaties, modules, permanente opleiding) aangemoedigd worden door een loonopwaardering en de erkenning van de professionele ontwikkeling.
10. Een passende coaching en opleiding voor hoofdverpleegkundigen.
11. Een herziening van de functiedifferentiatie in de IFIC-functieclassificatie.
12. De vergoeding van leidinggevende functies in verhouding tot de opgenomen verantwoordelijkheden.
13. Een stimulans voor verpleegkundigen die werken en deeltijds lesgeven – het is belangrijk docenten te hebben die het werkveld in de praktijk kennen.

Een derde probleem stelt zich bij de motivatie van de studenten verpleegkunde en aansluitend de te beperkte instroom van nieuwe verpleegkundigen. Een recente studie (2021) laat zien dat 50% van de studenten verpleegkunde het risico loopt op een academische burn-out. De oorzaken hiervan zijn niet alle tot de pandemie te herleiden. Een andere studie toont dat maar liefst 45% van de studenten van plan is de studies stop te zetten. En twee op de tien studenten is niet van plan om later in de gezondheidszorg te werken. Deze bevindingen tonen hoe dringend een versterking van de opleidingen verpleegkunde nodig is. **Cruciaal voor goede zorgopleidingen zijn de stages.** Er moeten voldoende en goed aangepaste stageplekken gecreëerd worden, ook op 'technische diensten', zodat studenten zich optimaal kunnen voorbereiden op de praktijk en hun autonomie kunnen ontwikkelen. Studenten kunnen hierbij rekenen op de ondersteuning van begeleiders: stagemeeester, studentenreferent, docent verpleegkunde. Maar een goede stagebegeleiding veronderstelt een voldoende bestaafing in de teams. Een stagiair mag niet beschouwd worden als een extra medewerker, maar vergt integraal begeleiding en toezicht door professionals. Het is een bijkomende reden om de personeelsnorm voor verpleegkundigen in de teams te verhogen. Om zorgvoorzieningen te stimuleren om voldoende te investeren in goede stageplekken, moeten zij hiervoor een financiële incentive krijgen. Meer in het algemeen moet de samenwerking tussen scholen en zorgvoorzieningen versterkt worden.

CONCREET ZIET DE AUVB DE VOLGENDE OPLOSSINGEN TER FINANCIERING VAN DE STAGES:

- ofwel door een betere omkadering van de stages in de zorgvoorzieningen (een financiering via de zorgstructuren en niet via de onderwijssector kan problemen met verschillen tussen de gemeenschappen voorkomen);
- ofwel door de financiering van de stages in het vierde jaar van de bacheloropleiding (met een vergoeding voor de studenten) en de specialisaties.

Een tweede mogelijke oplossing om de instroom van zorgpersoneel te bevorderen zijn **opleidingen op verschillende niveaus**. Zo kunnen meer mensen in de zorg een opleiding volgen die afgestemd is op hun capaciteiten en interesses. Dit sluit mooi aan bij het subsidiariteitsbeginsel, dat elk talent en alle competenties inzet op de juiste plek. Aangezien er zo veel verschillende opleidingen bestaan, lijkt het raadzaam om sterke opleidingen te voorzien om studenten en verpleegkundigen te laten doorstromen van het ene niveau naar het andere. Bijvoorbeeld, een zorgkundige krijgt de mogelijkheid om aanvullend een HBO5-opleiding af te werken.

We hebben nood aan een heldere functiebeschrijving voor verpleegkundigen en zorgmedewerkers, die geldt in het hele land. **Alle functies verdienen een opwaardering volgens hun specificiteit**. De financiering ervan moet over alle gewesten en gemeenschappen dezelfde zijn.

CONCLUSIE

De opleiding verpleegkunde in ons land is te versplinterd, stages worden niet goed ondersteund en studenten haken gedemotiveerd af. Dit verlaagt de instroom van nieuwe verpleegkundigen. Permanente bijscholing wordt te weinig gestimuleerd en (financieel) gewaardeerd, waardoor de zorgkwaliteit daalt.

>> Oplossingen liggen in een geüniformiseerde VVAZ op bachelorniveau, een financiële incentive voor stageplaatsen, uitbreiding van het systeem van betaald educatief verlof, een verplichte permanente vorming, een heldere functieomschrijving en opwaardering voor verpleegkundigen en zorgmedewerkers, enzovoort.



4

**AANTREKKELIJKHEID VAN HET BEROEP
VERHOGEN**

Het imago van de verpleegkunde is ondermaats. Jarenlang wordt er al te weinig geïnvesteerd in de sector: Het is hard werken met weinig handen, vaak voor een te laag loon. Het huidige tekort aan verpleegkundigen versterkt dit probleem exponentieel, onder meer door de vele vervangingen en de verhoging van de verpleegkundige-patiënt ratio. Om deze vicieuze cirkel te doorbreken, is het noodzakelijk het beroep aantrekkelijker te maken. De uitstroom van verpleegkundigen moet stagneren en de instroom versnellen. Een belangrijkste stap hierin is de **zichtbaarheid van het beroep vergroten**. Als het brede publiek de veelzijdigheid van het werk en de verantwoordelijkheden van verpleegkundigen beter leert kennen, zal de waardering van de samenleving groeien. De manier waarop er nu over verpleegkunde gepraat wordt – in de media, door influencers, bij de overheden en in het beleid – moet anders. Verpleegkunde is geen verliespost die weegt op de sociale zekerheid, maar een investering in het welzijn en de gezondheid van alle burgers en van de samenleving in haar geheel. Een sterk imago voor de verpleegkunde is nodig om jongeren warm te maken voor de job en huidige verpleegkundigen meer erkenning te geven voor hun werk.

Naast het imago moet ook de inhoud van het beroep aantrekkelijker gemaakt worden: **betere arbeidsomstandigheden en een goede werk-privé balans**. Hiervoor zijn structurele oplossingen nodig zoals verbeterde loonvoorwaarden, haalbare werkuren en een aanpassing in de sociale wetgeving aan de zorgsector met zijn variabele uurroosters, onregelmatige pauzes en talrijke vervangingen. Vandaag vluchten te veel verpleegkundigen naar andere beroepen of naar grenslanden, zoals het Groothertogdom Luxemburg omdat de loonvoorwaarden daar aantrekkelijker zijn. Maar ook kleinschalige oplossingen kunnen een groot verschil maken, zoals de invoering van een barometer van het zorgpersoneel, kwaliteitsaudits en initiatieven voor een betere ergonomie.

CONCREET ZIET AUVB DE VOLGENDE OPLOSSINGEN:

1. Een promotiecampagne om het imago te verbeteren

Een realistisch beeld geven van verpleegkunde, met alle positieve aspecten en zonder de uitdagingen te verbloemen. Video's kunnen de specifieke identiteit en de brede waaier aan competenties van het beroep in de verf zetten. Ook de autonomie, de verantwoordelijkheden en de menselijke relaties in de verpleegkundige praktijk verdienen meer klemtoon. De campagne moet zich in de eerste plaats richten op de generaties Y (geboren tussen 1980-1995) en Z (geboren tussen 1996-2015).

2. Een goede werk-privé balans en goede arbeidsomstandigheden

In tijden van stijgend werkverzuim en burn-out gaat terecht meer aandacht naar een gezonde werk-privébalans. De sociale wetgeving moet aangepast worden aan de realiteit in de zorgsector met zijn variabele uurroosters, onregelmatige pauzes, talrijke vervangingen enzovoort. Om de verpleegkundige equipe te ondersteunen, de werklust te vermindern en de werk-privébalans te herstellen, kunnen naast een hogere normering en extra logistieke hulp en administratief personeel ook deze maatregelen voor de broodnodige verlichting zorgen:

– De gezondheid en welzijn op het werk verbeteren:

De gezondheid en het welzijn op het werk moeten we aanpakken met betere preventie,

goede werkomstandigheden, een goede werksfeer en acties om de gezondheid van de medewerkers te bevorderen. Alle verpleegkundigen moeten in de eigen voorziening bij een professionele ondersteuner terecht kunnen in moeilijke situaties zoals geweld, agressie, pestgedrag en het risico op burn-out. We vragen om wettelijke maatregelen om zorgverstrekkers te beschermen tegen geweld en verbale en fysieke agressie.

– **Arbeidsomstandigheden verbeteren en monitoren:**

Goede werkomstandigheden dragen ertoe bij dat verpleegkundigen in de gezondheidszorg blijven werken. Dit kan bevorderd worden bijvoorbeeld door gebruik te maken van een uniek softwareprogramma's, de uitbouw van magneetziekenhuizen, door innoverende zorgen te verstrekken,... Ook is het belangrijk om de kwaliteit van de werkomstandigheden continu op te volgen en te verbeteren indien nodig, om te weten waar de pijnpunten liggen en wat er nodig is. Zorgvoorzieningen kunnen gebruikmaken van data om de werkomstandigheden te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld door het invoeren van kwaliteitsaudits, invoering van gefinancierde programma's voor burn-outpreventie of initiatieven voor betere ergonomie (vb. exoskeletten).

CONCLUSIE

Het imago en de inhoud van het verpleegkundig beroep is ondermaats. Het vormt een vicieuze cirkel waardoor de uitstroom vergroot en de instroom verkleint. Dit houdt de structurele problemen in stand: te hoge werkdruk, mentale en fysieke overbelasting, te hoge verpleegkundige-patiënt ratio, etc...

- >> Het imago verbeteren om jongeren aan te trekken en waardering te geven aan verpleegkundigen.
- >> Arbeidsvoorwaarden en werk-privé balans verbeteren om het beroep aangenamer te maken.
- >> De kwaliteit van het werk niet enkel verhogen maar ook monitoren, om continu en blijvend pijnpunten te ontmaskeren en aan te pakken (vb. kwaliteitsaudits).



5

DEONTOLOGIE EN ETHIEK

Verpleegkundigen handelen op basis van verschillende maatstaven. Ten eerste zijn er richtlijnen en protocollen teneinde de handelingen op een (technisch) goede en verantwoorde manier uit te voeren. Het stijgend belang van Evidence Based Practice is hier een uiting van. Daarnaast zijn er wetgevingen die het handelen en functioneren van verpleegkundigen bepalen. Belangrijke wetten in dit kader zijn de wet op de patiëntenrechten, de kwaliteitswet, de wet op het beroepsgeheim, euthanasiewet en zo verder. Een derde element is ethiek en deontologie, het nadenken over welke normen en waarden meespelen in een bepaalde situatie, en op basis daarvan een onderbouwde beslissing nemen om 'goede zorg' te leveren. **Verpleegkundigen** worden dagelijks geconfronteerd met **ethische vraagstukken** rond de rechtvaardige toegang en verdeling van zorg enerzijds, en het waarborgen van levenskwaliteit, zingeving, autonomie en menselijke waardigheid anderzijds. **Ethiek en deontologie draait om de erkenning van de waardigheid van elk individu** en streeft naar rechtvaardigheid, respect en het welzijn van patiënten.

Deze drie elementen staan niet op zichzelf. In de zorg draait alles om het welzijn van de mens. **Kwalitatieve zorg dient niet enkel technisch hoogstaand en juridisch correct te zijn, maar ook ethisch en deontologisch verantwoord en onderbouwd.** Menselijke waarden zoals empathie, compassie, respect en integriteit zijn van onschatbare waarde in de zorgpraktijk. Maar wie handen te kort heeft voor de basiszorg, heeft zeker te weinig ruimte voor uitgebreide ethische afwegingen. Dit verlaagt de kwaliteit van de verleende zorg.

Er is dus **meer tijd en aandacht nodig voor ethiek en deontologie, zowel op (politiek) beleidsniveau (macro-niveau), op het niveau van de zorginstelling (meso-niveau), op de werkvloer (micro-niveau) als in de opleiding verpleegkunde.** Helaas sluit dit te weinig aan bij het management binnen de zorg. Er moet namelijk een langetermijninvestering gebeuren met continue aandacht voor ethiek. Het management moet hiervoor niet enkel ruimte creëren voor ethische reflectie in de organisatie, maar er zelf ook actief mee aan de slag gaan. Een belangrijke stap op macro-niveau hierin zou de oprichting van een deontologische commissie voor verpleegkundigen zijn. Deze commissie kan bijdragen aan de regulering, bescherming, ethiek, professionele ontwikkeling en klachtenafhandeling binnen het verpleegkundig beroep. Maar ook de oprichting van een reflectiekamer in alle zorginstellingen of de versterking van de vakken ethiek en deontologie in de opleiding, kunnen belangrijke stappen zijn.

CONCREET ZIET AUVB DE VOLGENDE OPLOSSINGEN:

1. De oprichting van een deontologische commissie voor verpleegkundigen in België.
Deze commissie kan instaan voor het professioneel en regelgevend kader in de verpleegkunde en bijdragen aan de regulering, bescherming, ethiek, professionele ontwikkeling en klachtenafhandeling binnen het verpleegkundig beroep. Het kan een cruciale rol spelen bij het waarborgen van kwalitatieve zorg en het beschermen van het individu en zorgvrager in de gezondheidszorgomgeving.
 - a. **Professionele regulering:** een deontologische commissie kan normen en criteria vaststellen voor de kwalificaties, competenties en professionele praktijk van verpleegkundigen. Dit draagt bij aan het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg die verpleegkundigen leveren.

- b. Bescherming van de zorgvrager en -verlener:** een deontologische commissie kan de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van verpleegkundigen definiëren, inclusief hun rechten en plichten ten opzichte van patiënten. Dit helpt bij het waarborgen van een veilige en ethische zorgomgeving voor individuen en gemeenschappen.
 - c. Beroepsethiek en deontologie:** een deontologische commissie kan richtlijnen opstellen voor de ethische praktijk en deontologie van verpleegkundigen. Het kan ethische codes en normen vaststellen die verpleegkundigen moeten volgen, en kan helpen bij het bevorderen van professionele ethiek en integriteit binnen het beroep. Dit draagt bij aan het opbouwen van vertrouwen en het handhaven van de reputatie van het verpleegkundig beroep.
 - d. Professionele ontwikkeling en normen:** een deontologische commissie kan normen vaststellen voor voortdurende educatie en bijscholing, en programma's en mogelijkheden bieden voor professionele groei en specialisatie. Dit helpt verpleegkundigen om hun kennis en vaardigheden actueel te houden en te voldoen aan de veranderende eisen van de gezondheidszorg. Deze commissie kan mogelijkheden bieden voor implementatie van ethiek in de zorginstellingen en kan eveneens voor de nodige ondersteuning hierbij voorzien .
 - e. Klachtenafhandeling en disciplinaire maatregelen:** een deontologische commissie kan fungeren als een onafhankelijk orgaan voor het afhandelen van klachten en het nemen van disciplinaire maatregelen met betrekking tot verpleegkundigen. Het kan klachten onafhankelijk onderzoeken, bemiddelen en op een onafhankelijke wijze adviseren (een advies geven zonder te sanctioneren of oriënteren naar een sanctionerend orgaan.) Dit draagt bij aan de verantwoordelijkheid en de professionele betrokkenheid van verpleegkundigen, en beschermt tegelijkertijd het publieke belang. (Onafhankelijke commissie – een helikopterpositie).
- 2.** Een nationaal stimuleringsprogramma voor gezondheidsethiek. Dit programma kan mogelijkheden bieden om de ethiek kwalitatief en effectief in te zetten voor het verbeteren van de professionaliteit en de kwaliteit van zorg.
 - 3.** Empowerment met aandacht en ruimte voor deontologie en ethiek tijdens de uitoefening van de verpleegkunde. Ruimte krijgen om over ethiek te spreken kan voor een verpleegkundige essentieel zijn om de attractiviteit van het verpleegkundig beroep en retentie te verhogen en zorgen voor een enorme boost in professionaliteit. De AUVB pleit om meer 'reflectie over de manier van omgaan met morele vragen in de dagelijkse praktijk' te faciliteren en de voorwaarden hiertoe te scheppen.
 - a.** De bestaande ethische commissies in de ziekenhuizen zouden extra aandacht moeten krijgen om het ethisch bewustzijn onder personeel en verpleegkundigen in de gezondheidszorg te stimuleren en de communicatie hierover met hen te bevorderen. Verhoudingsgewijs dienen meer verpleegkundigen te kunnen deelnemen aan de ethische commissie.
 - b.** Een middel hiertoe zou het installeren van een reflectiekamer ethiek kunnen zijn en

dit in alle geledingen en zorginstellingen, met een begeleidende en raadgevende rol voor verpleegkundigen wat betreft de ethische aspecten van de zorg; (thuiszorg, eerstelijnszorg, GGZ, WZC, mensen met een beperking, enz.) .

- c. Via hun deskundige begeleiding zouden referentiepersonen ethiek er in gesprek kunnen gaan met zorgverleners.
4. Versterking van de vakken ethiek en deontologie in de verschillende opleidingsprofielen voor verpleegkunde. De opleiding dient specifiek versterkt te worden teneinde verpleegkundigen te vormen om:
- a. Te reflecteren over de eigen waarden en normen, deze van de zorgontvanger en over hoe deze het professioneel handelen als verpleegkundige beïnvloeden;
 - b. Te handelen op een ethisch verantwoorde wijze;
 - c. Voorbeeldfunctie en beroepsattitude van verpleegkundige en opnemen van de klinische reflectie en de verantwoordelijkheden van de verpleegkundige (verpleegkundig leiderschap).

CONCLUSIE

Verpleegkundigen handelen op basis van richtlijnen, protocollen en wetten. Kwalitatieve zorg dient niet echter enkel technisch hoogstaand en juridisch correct te zijn, maar ook ethisch en deontologisch verantwoord en onderbouwd. Er is dus meer tijd en aandacht nodig voor ethiek en deontologie, zowel op (politiek) beleidsniveau, op de werkvloer als in de opleiding verpleegkunde.

- >> De oprichting van een deontologische commissie voor verpleegkundigen in België. Voor regulering, bescherming, ethiek, professionele ontwikkeling en klachtenafhandeling binnen het verpleegkundig beroep.
- >> Een nationaal stimuleringsprogramma voor gezondheidsethiek.
- >> Ruimte voor ethiek en deontologie in de praktijk stimuleren.
- >> Versterking van de vakken ethiek en deontologie in de opleidingen

Het memorandum van AUVB wordt ondersteund door **onze leden**



Foto's: Marco Mertens

CONTACT

Algemene Unie van Verpleegkundigen van België
 AUVB-UGIB-AKVB
 info@auvb.be
 www.auvb.be
 www.ugib.be
 www.akvb.be

